

Item 342 (Item 216) – Rétention aiguë d'urine

Collège Français des Urologues

2014

Table des matières

1. Pour comprendre.....	3
2. Diagnostic.....	3
2.1. Interrogatoire.....	3
2.2. Examen physique.....	4
2.3. Examens complémentaires.....	4
3. Prise en charge.....	5
3.1. Sondage urinaire à demeure (SAD).....	5
3.2. Cathétérisme sus-pubien.....	6
4. Étiologies.....	6
4.1. Hypertrophie bénigne de la prostate.....	6
4.2. Prostatite.....	7
4.3. Cancer de la prostate.....	7
4.4. Neurologiques.....	7
4.5. Causes médicamenteuses.....	7
4.6. Sténose de l'urètre.....	8
4.7. Caillottage vésical.....	8
4.8. Autres.....	8
5. Complications.....	8
5.1. Insuffisance rénale aiguë.....	8
5.2. Syndrome de levée d'obstacle (SLO).....	8
5.3. Hématurie a vacuo.....	8
5.4. Vessie claquée.....	8

Objectifs ENC

- Diagnostiquer une rétention aiguë d'urine.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

1. Pour comprendre

La rétention vésicale complète ou rétention aiguë d'urine correspond à l'impossibilité totale d'uriner malgré la réplétion vésicale.

Elle traduit le plus souvent la présence d'un obstacle sous la vessie empêchant l'évacuation des urines.

Le diagnostic est généralement facile sur la constatation clinique du globe vésical. Le drainage vésical s'impose en urgence. Il s'agit d'une pathologie essentiellement masculine.

Pour uriner normalement (l'action d'uriner s'appelle la miction), il faut trois choses :

- un réservoir (la vessie) capable de se remplir facilement (la souplesse du réservoir vésical s'appelle la « compliance ») et de se contracter efficacement (le muscle vésical s'appelle le détrusor) ;
- une filière urétrale : col vésical, prostate, sphincter strié, urètre qui doit permettre la continence (absence de fuites) et s'ouvrir librement au moment de la miction ;
- un système nerveux qui contrôle à la fois les phases de remplissage de la vessie et les phases de miction, en permettant notamment que la vessie se contracte après que le sphincter urinaire se soit parfaitement relâché (synergie vésico-sphinctérienne).

La rétention aiguë d'urine peut donc résulter d'un obstacle sous-vésical (le plus souvent) ou d'une altération de la commande neurologique, et enfin plus rarement d'un défaut de contraction vésicale.

2. Diagnostic

2.1. Interrogatoire

1) Antécédents urologiques

Il faut rechercher à l'anamnèse des éléments susceptibles de déclencher une rétention aiguë d'urines, c'est-à-dire : des épisodes antérieurs de rétention, une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) connue, un cancer de la prostate, une sténose urétrale hypothétique (traumatisme, urétrite, sondages pour une autre intervention), une résection endo-urétrale de la prostate antérieure, une notion de prostatite ou d'infection urinaire basse, et enfin un antécédent personnel de tumeur de vessie.

2) Signes associés

Les circonstances d'apparition de la rétention sont importantes :

- dysurie, signes fonctionnels urinaires, brûlures mictionnelles ;
- hyperthermie, frissons ;
- hématurie.

3) Antécédents neurologiques

Il faut également rechercher des antécédents neurologiques susceptibles de déclencher une rétention dans le cadre de l'évolution de la maladie, notamment chez les patients blessés médullaires, atteints de sclérose en plaques ou de spina bifida, dans la maladie de Parkinson et en cas de neuropathie diabétique.

4) Traitement en cours

Certains traitements pharmacologiques peuvent induire une rétention aiguë d'urines. D'autres peuvent gêner le traitement, notamment les antiagrégants plaquettaires ou les AVK et l'héparine qui contre-indiquent la mise en place d'un cathéter sus-pubien.

2.2. Examen physique

Le patient se présente aux urgences souvent dans un état algique, anxieux et agité, avec une envie d'uriner permanente assez caractéristique.

Lors de la palpation abdominale, on retrouve un **globe vésical** avec une vessie tendue, une voussure à convexité supérieure, une matité à la percussion sus-pubienne qui s'avère douloureuse dans la plupart des cas (la palpation augmente l'envie d'uriner).

Le **toucher rectal (TR)** est indispensable car il contribue à l'estimation du volume prostatique. Il peut déceler une pathologie urologique : une prostatite (douleur élective), une HBP (augmentation symétrique de volume de la prostate, ferme sans être franchement indurée), ou un cancer de la prostate (augmentation de volume asymétrique et « pierreuse »). Il peut aussi diagnostiquer des causes de rétention non urologique comme le fécalome, et identifier dans le même temps des pathologies associées de l'ampoule rectale (hémorroïdes, tumeur du rectum).

L'examen des organes génitaux externes recherchera notamment un phimosis serré, une sténose méat urétral ou une orchite-épididymite parfois associée à une prostatite.

1) Cas particulier

Chez certains patients, la rétention peut s'avérer indolore. Notamment chez le diabétique qui a une hypoesthésie vésicale due à une neuropathie végétative, ou chez le traumatisé du rachis victime d'une anesthésie.

Chez la personne âgée, la désorientation temporo-spatiale, l'agitation et la présence d'un fécalome associé peuvent parfois éloigner le clinicien du bon diagnostic de rétention.

2) Diagnostic différentiel

Il est important de savoir distinguer la rétention de l'anurie (absence de sécrétion d'urine par les reins). En cas d'anurie, il n'y aura pas de globe vésical, pas d'envie d'uriner, et, le plus souvent, pas de douleur pelvienne associée.

2.3. Examens complémentaires

1) Aux urgences

→ Avant drainage

Aucun examen complémentaire n'est requis **en urgence**. La présence de la douleur impose un drainage rapide des urines.

En cas d'indication à un drainage par cathéter sus-pubien, il faut discuter l'utilité d'un bilan d'hémostase.

Il faut demander une échographie vésicale en cas de doute clinique, notamment chez les patients obèses, les personnes âgées confuses et dans le cadre de pathologies neurologiques.

→ Après drainage

Une fois les urines drainées, la **réalisation d'un ECBU est systématique**.

Le bilan biologique doit également explorer la créatinémie et le ionogramme sanguin. Une échographie du

haut appareil urinaire à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélocalicielle, et de signes de pyélonéphrites peut également être contributive. Il ne faut **jamais** en revanche demander **de dosage du PSA dans ce contexte (fausse élévation)**.

2) Bilan étiologique

L'échographie vésico-prostatique par voie sus-pubienne doit préciser un certain nombre d'éléments :

- l'existence d'un résidu postmictionnel ;
- le retentissement vésical, diverticule, épaissement pariétal, lithiase vésicale ;
- tumeurs vésicales (en cas d'hématurie) ;
- lobe médian prostatique ;
- volume prostatique (échographie endo-rectale).

La débitmétrie peut éventuellement compléter le bilan, à distance de l'épisode de rétention.

Une urétrocystoscopie (fibroscopie uréthro-vésicale) est un examen obligatoire en cas d'hématurie macroscopique associée, elle permet aussi d'explorer la filière urétrale, à la recherche d'une sténose.

D'autres examens sont plus rarement demandés comme l'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (investigation d'une sténose urétrale) ou un bilan urodynamique en cas de pathologie neurologique sous-jacente.

3. Prise en charge

La rétention aiguë d'urines est une véritable **urgence thérapeutique**.

Il faut impérativement assurer un **drainage vésical** rapidement.

Quelle que soit la modalité de drainage choisie, il faudra systématiquement s'enquérir du volume contenu dans la vessie au moment de la rétention (meilleur pronostic si inférieur à 600 cc), surveiller la diurèse horaire, **prévenir le syndrome de levée d'obstacle et l'hémorragie a vacuo**.

3.1. Sondage urinaire à demeure (SAD)

La sonde vésicale doit être posée dans des strictes conditions d'**asepsie** et de **stérilité**.

Il faut :

- veiller à maintenir un système clos avec interdiction de déconnecter la sonde vésicale du système de drainage (poche collectrice) ;
- penser à utiliser des sondes à doubles courants lorsqu'une irrigation est nécessaire (hématurie) ;
- instaurer un drainage vésical déclive en permanence pour éviter toute stase urinaire.

Il ne faut pas oublier de prélever de manière rigoureusement aseptique les urines pour un examen cytobactériologique.

Il est préférable d'éviter les sondes de petits calibres en première intention et utiliser plutôt une sonde de Charrière 18–20.

Au moment de la pose, ne pas utiliser de sérum physiologique pour gonfler le ballonnet, le chlorure de sodium peut cristalliser et empêcher par la suite le dégonflage ultérieur du ballonnet. Enfin il faut être attentif à **recalloter** le malade en fin de geste pour éviter tout risque de paraphimosis.

Les contre-indications du sondage vésical sont la sténose urétrale, un traumatisme de l'urètre, notamment en cas de polytraumatisme (fracture du bassin) et la prostatite aiguë (contre-indication relative).

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Article 4 – L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale, qui, sauf urgence, doit être écrite, qualitative et quantitative, datée et signée.

Pose d'une sonde vésicale sous réserve des dispositions prévues de l'article 6.

Article 6 – L'infirmier participe, en présence d'un médecin, au premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention.

3.2. Cathétérisme sus-pubien

Le cathéter sus-pubien constitue une excellente méthode de drainage des urines, dont les avantages sont les suivants :

- pas de risque de fausses routes urétrales ;
- épreuve de clampage possible pour juger de la reprise mictionnelle ;
- moins de complications locales au long cours, bon système de drainage à moyen terme.

Avant de mettre un cathéter sus-pubien, il faut **s'assurer de l'existence** formelle d'**un globe vésical** (risque de perforation d'une anse intestinale). On utilisera volontiers un cathéter sus-pubien en cas d'échec ou de contre-indication au sondage vésical. Il s'agit d'un acte médical, avec un rôle infirmier de collaboration. Il faut évidemment prévenir le patient, lui expliquer le principe du soin, son utilité, et le rassurer.

La pose du cathéter sus-pubien se fait également dans de strictes conditions d'**asepsie** et de **stérilité**. La désinfection de la zone de ponction est nécessaire et la pose elle-même se fait en plusieurs temps : repérage du point de ponction situé à l'intersection de deux lignes : ligne médiane de l'abdomen, ligne horizontale deux travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne. Ensuite, sous anesthésie locale (lidocaïne 1 %), on effectue une incision cutanée, puis on introduit le trocart dans le globe vésical, ensuite on met en place le cathéter sus-pubien dans la vessie par la lumière du trocart. Enfin, l'ablation du trocart et la fixation du cathéter sus-pubien à la peau sont les dernières étapes de la mise en place.

Il existe des contre-indications absolues à la mise en place du cathéter sus-pubien : l'**absence de globe vésical**, un pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne (fémoro-fémorale croisé).

Il existe également des contre-indications relatives (nécessitant dans tous les cas de prendre l'avis d'un urologue) : troubles de l'hémostase, patients sous anticoagulants, présence de cicatrices de laparotomie, et antécédents de tumeurs de vessie.

4. Étiologies

4.1. Hypertrophie bénigne de la prostate

L'incidence annuelle de la rétention aiguë d'urine dans les populations de patients présentant une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) symptomatique a été évaluée entre 0,4 et 6 %.

L'âge et la sévérité des symptômes (Score IPSS > 7) apparaissent comme des facteurs augmentant le risque de rétention aiguë d'urine. L'ablation de la sonde pourra être tentée après 48 heures de traitement par alpha-bloquant (si le patient n'était pas déjà traité). En l'absence de facteur de risque lors de l'épisode de rétention, le risque de récidiver est aux alentours de 50 %. Une intervention chirurgicale sera discutée d'emblée ou en cas d'échec de désondage.

4.2. Prostatite

Elle est favorisée par l'HBP. Le traitement antibiotique doit être adapté à l'ECBU pendant au moins 21 jours. L'utilisation d'alpha-bloquants peut être proposée pour permettre la résolution de l'épisode de rétention.

4.3. Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate ne donne des rétentions qu'en cas de pathologie localement avancée (T3-T4). Une intervention pour désobstruer par voie endoscopique la prostate est alors le plus souvent proposée (résection palliative de la prostate).

4.4. Neurologiques

Centrales :

- sclérose en plaques ;
- compression médullaire ;
- maladie de Parkinson.
- AVC.

Périphériques : diabète.

4.5. Causes médicamenteuses

1) Anticholinergiques

De nombreuses spécialités pharmaceutiques ont des effets anticholinergiques directs ou secondaires et peuvent occasionner des rétentions aiguës d'urines :

- collyre mydriatique : atropine (Atropine®), cyclopentolate (Skiacol®), topicamide (Mydriaticum®)...
- anticholinergiques utilisés en urologie pour traiter l'instabilité vésicale : oxybutinine (Ditropan®, Driptane®, toltérodine Détrusitol®, trospium Cérés®) ;
- neuroleptiques en particulier les phénothiazines : Haldol®, Clopixol®, Largactil®...
- antidépresseurs tricycliques imipraminiques (première génération) ;
- certains antiparkinsoniens : bipéridène (Akineton®), trihexéphénidyle (Artane®), tropatépine (Lepticur®) ;
- antalgiques d'usage courant : néfopam (Acupan®), tiemonium (Viscéralgine®) ;
- bronchodilatateurs bêtamimétiques à action secondaire anticholinergique : Atrovent®, Tergistat® ou associé à un anticholinergique : Bronchodual®, Combivent® ;
- antihistaminiques utilisés comme antitussifs (Hexpneumine®, Toplexil®, Rhinathiol®...), comme sédatifs (hydroxyzine : Atarax®, Théralène®), comme antiallergiques (Polaramine®, Allergefon®) ou encore dans la prévention du mal des transports (Dramamine®, Mercalm®, Nautamine®, Scopoderm®).

2) Morphiniques

Au décours des rachianesthésies et des anesthésies péridurales (le plus souvent), on peut observer des rétentions aiguës d'urines. La rétention est également possible lors d'utilisation de fortes doses de morphinique par voie orale sous-cutanée ou intraveineuse (analgésie, ou toxicomanie).

3) Autres traitements (moins fréquents)

- Les sympathomimétiques : phénylpropanolamine, pseudo-éphédrine, phényléphrine, éphédrine.
- Les bêta 2-mimétiques : salbutamol, terbutaline.
- Les inhibiteurs calciques.

4.6. Sténose de l'urètre

- Post-traumatique.
- Post-infectieuse.

4.7. Caillottage vésical

En cas de caillottage, cela nécessite la pose d'une sonde vésicale à double courant pour réaliser un lavage vésical continu jusqu'à éclaircissement des urines. Une prise en charge chirurgicale en urgence est parfois nécessaire pour enlever les caillots à l'aide d'un endoscope.

4.8. Autres

- Prolapsus génital chez la femme.
- Fécalome.
- Phimosis serré.

5. Complications

5.1. Insuffisance rénale aiguë

L'obstruction sous-vésicale entraînant une stase vésicale peut entraîner un retentissement sur le haut appareil par l'augmentation de la pression intravésicale. Le retentissement peut se manifester par la dilatation bilatérale des voies excrétrices supérieures, par une augmentation de la créatininémie ou par l'association des deux (la fréquence de l'augmentation de la créatininémie chez des patients porteurs d'HBP symptomatique et candidats à un traitement chirurgical a été estimée entre 7 % et 18 %). L'insuffisance rénale régresse très rapidement après drainage vésical. La dilatation des cavités pyélocalicielles peut persister pendant quelques semaines.

5.2. Syndrome de levée d'obstacle (SLO)

La physiopathologie du SLO est double : il procède d'une tubulopathie fonctionnelle rendant le rein incapable transitoirement de concentrer l'urine, phénomène auquel se surajoute le rôle osmotique de l'urée.

Le dépistage du SLO repose de façon simple sur la surveillance horaire de reprise de la diurèse après la levée de l'obstacle. Le diagnostic se doit d'être précoce car la polyurie osmotique qui apparaît est parfois majeure avec un volume supérieur à un litre par heure, engageant le pronostic vital du patient.

La réhydratation intraveineuse est un préalable indispensable en compensant les entrées aux sorties .

5.3. Hématurie a vacuo

En cas de vidange vésicale trop rapide, il peut survenir une hématurie macroscopique, appelée hématurie *a vacuo*. Cette hématurie est favorisée en cas de troubles de l'hémostase ou de traitements anticoagulants.

Il est conseillé de réaliser une vidange vésicale progressive et de clamber la sonde quelques minutes tous les 500 mL.

5.4. Vessie claquée

La distension détroisurienne aboutit à un « claquage musculaire », la vessie perd ses capacités contractiles

Altérations de la paroi vésicale pouvant aboutir au développement de diverticules vésicaux.

Résumé

Diagnostic :

- > clinique ;
- > impossibilité complète d'uriner ;
- > douleur abdominale sus-pubienne intense, globe vésical.

Signe associé :

- > hyperthermie, frissons ;
- > hématurie.

Toucher rectal (TR):

- > volume prostatique, HBP ;
- > consistance de la prostate, cancer ;
- > douleur élective, prostatite ;
- > rechercher un fécalome.

Cas particulier :

- > personnes âgées : désorientation temporo-spatiale, agitation, fécalome associé.

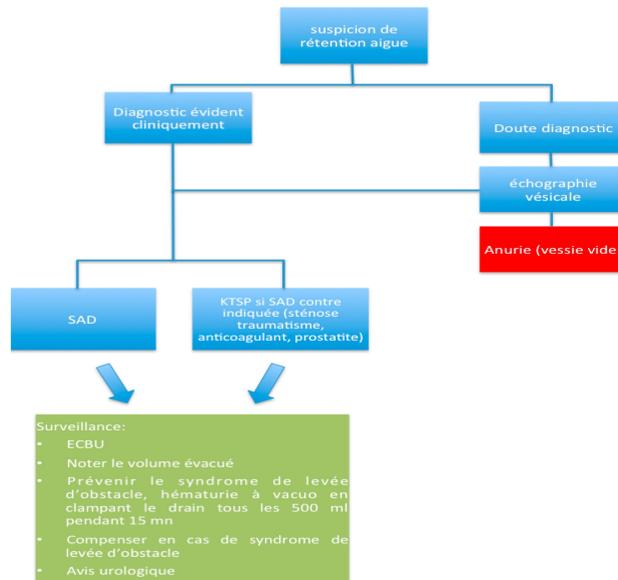
Examens complémentaires :

- > **aucun examen complémentaire en urgence** avant le drainage ;
- > ECBU après drainage ;
- > créatinémie, ionogramme sanguin ;
- > échographie du haut appareil à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélocalicielle, recherche également des signes de pyélonéphrites ;
- > **jamais de dosage de PSA en urgence.**

Prise en charge : (figure1)

- > sondage urinaire en première intention ;
- > KTSP en cas de sténose de l'urètre ou de traumatisme, en l'absence de contre-indication ;
- > noter précisément le volume contenu dans la vessie (bon pronostic si inférieur à 900 cc) ;
- > surveiller la diurèse horaire ;
- > prévenir le syndrome de levée d'obstacle, réhydratation pour compenser les pertes ;
- > débuter chez l'homme un traitement par alpha-bloquant.

Figure 1 : Algorithme simplifié de prise en charge d'une RAU



Étiologies :

- › hypertrophie bénigne de la prostate ;
- › prostatite ;
- › cancer de la prostate ;
- › vessie neurologique ;
- › iatrogénies médicamenteuses ;
- › sténose de l'urètre ;
- › caillottage vésical ;
- › prolapsus génital chez la femme ;
- › fécalome ;
- › phimosis serré.

Complications :

- › insuffisance rénale aiguë ;
- › syndrome de levée d'obstacle, réhydratation intraveineuse en compensant les entrées aux sorties ;
- › vessie claquée.